



DATI AMMINISTRATIVI PER ATTIVAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO CONVENZIONALE

Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con gli Specialisti Ambulatoriali Interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali ai sensi dell'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992 e s.m.i. – triennio 2016-2018

NOME.....COGNOME.....

LUOGO DI NASCITA.....DATA DI NASCITA.....

RESIDENTE A.....IN VIA.....

CELLULARE.....PEC.....

CODICE FISCALE.....NUMERO ISCRIZIONE ENPAM.....

PARTITA IVA.....IBAN.....

NUMERO DI MATRICOLA REGIONALE.....

(se convenzionati presso altre ASST della Regione Lombardia)

ALLEGARE FOTOCOPIA CARTA D'IDENTITA' E DEL CODICE FISCALE

Dichiara di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003 e s.m.i., nell'ambito del procedimento e degli adempimenti conseguenti per i quali la presente dichiarazione viene resa.

DATA.....

FIRMA
